**REQUERIMENTO – INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE**

**Dados Básicos do requerente**

|  |
| --- |
| 1. **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. **Matrícula:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **3. CPF:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. **Cargo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **4. Chefia Imediata:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **5.** **Telefone**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **6. E-mail**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Lotação/Posto de Trabalho:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A partir de:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Até:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Breve relato sobre tipo ou natureza do trabalho realizado:**

|  |
| --- |
|  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas neste formulário e ainda que assumo inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos do artigo 17 da Orientação Normativa, de 18 de março de 2013 da SEGEP/MPOG, da qual tenho ciência. Também declaro estar ciente da Norma Regulamentadora 15, item 15.4, cuja eliminação ou neutralização da insalubridade determinará a cessação do pagamento do adicional respectivo e os valores pagos indevidamente serão descontados.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura Local e Data**

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que:

Colaborador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exerce suas funções no POSTO DE TRABALHO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob a minha chefia desde o dia \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Estou ciente que qualquer alteração no posto de trabalho e / ou nas atividades desempenhadas deverá ser feito um comunicado formal e imediato para a Divisão de Gestão de Pessoas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome e Carimbo da Chefia Imediata**